

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-520744

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22439**

Matricule : **07037** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **AHMED**

Nom & Prénom : **CHOUTA**

Date de naissance : **12/04/1957**

Adresse : **CASABLANCA**
Avenue de l'Indépendance

Tél. : **0661524140** Total des frais engagés : **✓** Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. Myriam TIR NAJI**

ALLERGologue
Ghandi Office 256, Bd Ghandi
(Angle Route d'El Jadida) - Casablanca
Tél: 0520 00 47 28 - 0770 00 04 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : **15/02/2020**

Nom et prénom du malade : **Chouta Ahmed** Age : **62**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **✓**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

25 FFV. 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA** Le : **25/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Chouta Ahmed**

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/02/22	Catégorie G			INP : <input type="text"/> Myriam TIR NAJI DENTISTE C. 100, CH. 130, Bd Shandi (Angle R. 130, 131, 132, 133, 134, 135) Tél: 0520 60 47 20 - 0520 60 44 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Hôpital 06, av. Maurice Utrillo 95100 ARGENTEUIL Tél: 01 30 40 58 70 - Fax: 01 30 80 80 10 CASABLANCA	19/02/2022	€51,90
	15/02/22	52,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
Q.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Myriam TIR-NAJI Allergologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômée en Allergo-Anesthésie de la Faculté de
Médecine de Montpellier

Maladies Allergiques "Adultes et Enfants"

- Allergies Respiratoires (Asthme, Rhinite)
- Allergies Alimentaires
- Allergies Médicamenteuses

Spirometrie - Tests Cutanés - Immunothérapie
Spécifique



CABINET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الحساسية

الدكتورة مريم الطير الناجي
طب الحساسية

خريجة كلية الطب بمونبلييه

خريجة كلية الطب بمونبلييه
في حساسية التخدير

أمراض الحساسية "الكبار والأطفال"

- الجهاز التنفسي (الربو، التهاب الأنف)
- الحساسية الغذائية
- الحساسية الدوائية

قياس التنفس - اختبارات الجلد
العلاج المناعي المحدد

15/02/2020

Casablanca, le

MR CHOUTA AHMED

1. PYLERA gellules - Gélule

3 gélules 4 fois/jour pendant 10 jours après repas

52,80

2. Oedes 20 mg - gélule

1gel par jour le soir pendant 15j

Pharmacie EL HADJ
57, Rue EL MEHDI
CASABLANCA - MARI
Tél: 0520 00 47 20

Dr. Myriam TIR NAJI
ALLERGOLOGUE
Ghandi Offices. 236, Bd Ghandi
(Angle Route d'El Jadida) Oasis, Casablanca
Tél: 0520 00 47 20 - 0770 00 04 36

LOT 181762
EXP 08/2021
PPV 52.80DH



Ghandi Offices. 236, Bd Ghandi (Angle Rte d'El Jadida) Oasis, Casablanca



+212 770 000 436



+212 520 004 720



tirnaji.allergo@gmail.com

Dr . Myriam TIR-NAJI

Allergologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômée en Allergo-Anesthésie de la Faculté de
Médecine de Montpellier

Maladies Allergiques "Adultes et Enfants"

- Allergies Respiratoires (Asthme, Rhinite)
- Allergies Alimentaires
- Allergies Médicamenteuses

Spirometrie - Tests Cutanés - Immunothérapie
Spécifique



CABINET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الحساسية

الدكتورة مريم الطير الناجي

طب الحساسية

خريجة كلية الطب بمونبلييه

خريجة كلية الطب بمونبلييه
في حساسية التخدير

أمراض الحساسية "الكبار والأطفال"

- الجهاز التنفسي (الربو ، التهاب الأنف)
- الحساسية الغذائية
- الحساسية الدوائية

قياس التنفس - اختبارات الجلد
العلاج المناعي المحدد

Casablanca, le 15/02/2020

MR CHOUTA AHMED

1. PYLERA gellules - Gélule

3 gélules 4 fois/jour pendant 10 jours après repas



PC: 03400921804201
LOT: 198225A
EXP: 04 2022
SN: 315833488228

Dr. Myriam TIR NAJI
ALLERGOLOGUE

Ghandi Offices, 236, Bd Ghandi
(Angle Route d'El Jadida) Oas - Casablanca
Tél: 0520 00 47 20 - 0770 00 04 36

PHARMACIE DE L'HÔPITAL
96, av. Maurice Urthé
95100 ARGENTEUIL
Tél.: 01 39 80 38 74 - Fax: 01 39 80 99 62
95 2 00988 4



Ghandi Offices, 236, Bd Ghandi (Angle Rte d'El Jadida) Oas, Casablanca



+212 770 000 436



+212 520 004 720



tirnaji.allergo@gmail.com

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Laila BOULMEDARAT
96, av Maurice Utrillo
95100 ARGENTEUIL
Tel: 0139803674
N° SIRET: 48747958600017
Code NAF: 4773Z - FR34487479586
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°2235/847477

Du 19/02/2020

Date de l'échéance 20/02/2020

CHOUTA AHMED
96 av maurice utrillo
95100 ARGENTEUIL

Prescripteur : HOPITAL Argenteuil
N° AM : 950110015
Opérateur: REDOUANE S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
PYLERA140MG/125/125MG GELU 120 3400921804201 N° Ordonnancier : 1227207 N° Lots : 198225A	PH7	0	1	49,334	2,10%	49,33
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
50,83	2,1% (4)	1,07	51,90
Total HT		Total TVA	Total TTC
50,83		1,07	51,90

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	51,90

Mode(s) de règlement	
Espèces	51,90

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Lalla BOULMEDARAT
96, av Maurice Utrillo
95100 ARGENTEUIL
Tél: 0139803674
N° SIRET: 48747958600017
Code NAF: 4773Z - FR34487479586
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
Patient: CHOUTA AHMED				
Ordonnance 847477				
3400921804201	4	1	50,37	50,37
PYLERA140MG/125/125MG GELU 120(1227207)	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
Total TTC				51,90
A Payer				51,90

TOTAL A PAYER: 51,90 (340,44F)
Montant HT : 50,83

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	50,833	1,067	51,90

Espèces : 51,90

Le 19/02/2020 à 10h09 Op. : RS REDOUAN

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 201641/1237096 B17/0106-R2

126/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AANA/AAME
/2.10.2.1.R10-178/1

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

CHOUTA AHMED

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

96 av maurice utrillo 95100 ARGENTEUIL

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BOULMEDARAT Laila

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE L'HOPITAL

96, av Maurice Utrillo

95100 ARGENTEUIL

952009884

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom HOPITAL Argenteuil

raison sociale

CH VICTOR DUPOUY

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

950110015

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 19022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest CIP/Ref.LPP(Ut)

Homeo Decon- Qte
c.lab dition.

PU

Mt Fact

Libelle

Nb btes Mod. Indic.

Date

Date

utili. presc Subst. debut loc fin loc

PH7 3400921804201

1

50,37

50,37 PYLERA140MG/125/125MG

HD7

1

1,02

1,02 Honor. dispens. HD7

HDR

1

0,51

0,51 Honor. dispens. HDR

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

5 1 , 9 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

BOULMEDARAT Laila

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer